



LA GESTIÓN CLÍNICA ANTE LA REFORMA DE LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES

José Luis Vaquero Puerta, Paula Asensio Villahoz, Mónica Robles García
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

José Luis Vaquero Puerta
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina.
Avda. Ramón y Cajal, 7
VALLADOLID (España). 47005.
e-mail: vaquero@med.uva.es

RESUME

Les hôpitaux publics créés par la Sécurité Sociale, sont maintenant le principal réseau d'assistance spécialisée d'agrus en Espagne. L'organisation est en train de se transformer pour pouvoir être transféré aux Administrations Autonomiques Regionales. On veut introduire des modèles de gestion clinique. On a modifié la législation pour pouvoir généraliser une plus grande autonomie de gestion des services médicaux avec la responsabilisation sur la demande, un appui sur les sciences de l'information et d'autres éléments de la gestion clinique.

RESUMEN

Los hospitales públicos españoles creados por la seguridad social constituyen el núcleo asistencial más representativo de la asistencia especializada de pacientes agudos. Hasta el presente se han dirigido según un modelo administrativista, salvo algunas nuevas iniciativas. La legislación más reciente abre la posibilidad de una gestión más autónoma y con elementos empresariales. Se plantea que para conseguir plenamente sus objetivos se introduzcan elementos de decisión por parte de los médicos y servicios clínicos con la ayuda de los avances en ciencias de la información, la responsabilización en la demanda y otros elementos propios de la gestión clínica.

ORÍGEN Y EVOLUCIÓN DE LA RED HOSPITALARIA PÚBLICA ESPAÑOLA.

En la asistencia sanitaria española se está produciendo un proceso de cambio desde lo que constituía una administración centralizada de los centros sanitarios hacia formas inspiradas en conceptos de gestión empresarial. Al tratarse de una situación de transición hay que recordar la preexistente como punto de partida. Cuando se creó el seguro de enfermedad, que tuvo continuidad como asistencia sanitaria de la seguridad social, el Estado tuvo que instalar expresamente los recursos necesarios, dada la insuficiencia y deterioro de cualquier otro. Quedó encargado el Instituto Nacional de Previsión de la creación y administración de los nuevos, con la incorporación de los profesionales sanitarios como empleados públicos bajo una regulación estatutaria especial. La de los médicos se contiene en su propio Estatuto Jurídico, estando actualmente vigente el aprobado por Decreto 3160/1967, de 23-XII, aunque con numerosas modificaciones posteriores. En 1946 se empezaron a construir hospitales quirúrgicos, las llamadas Residencias Sanitarias, y a partir de 1964 se generalizó su implantación, se añadieron grandes conjuntos hospitalarios, las Ciudades Sanitarias, y se abrieron todos ellos a la medicina interna y sus ramas. En los años 70 se organizan equipos de médicos de todas las especialidades (excepto psiquiatría), con dedicación a tiempo completo, y pasa a la etapa de jerarquización de los servicios asistenciales hospitalarios, aprobada por Decreto-Ley 13/1971 y reglamentada por O.M. 7 julio 1972. A partir de entonces la práctica de la medicina alcanza una altísima cualificación en los numerosos hospitales de la seguridad social, en los clínicos universitarios, y algunos otros públicos y privados. Los de la seguridad social se financian con suficiencia a expensas de la cotizaciones de una población asegurada en aumento, por medio de presupuestos abiertos calculados de forma centralizada y sufragados de forma complementaria cuando se sobrepasaban. Estando la medicina extrahospitalaria peor dotada, se reprochará el que los hospitales acaparen

demasiados recursos económicos para atender una minoría de procesos y en fase asistencial recortada.

El Real Decreto-Ley, el 36/1978, de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, una disposición legal de rango menor aparecida para simplificar esos ámbitos institucionales que habían adquirido una excesiva complejidad, liquida el Instituto Nacional de Previsión y encarga su gestión en asistencia sanitaria a un nuevo organismo, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). También en 1978, la Constitución Española al definir las funciones de las Comunidades Autónomas, las confía la ejecutoria de ese tipo de prestaciones. Posteriormente la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril (LGS), ampara el derecho universal a la protección de la salud y a la atención sanitaria, e instituye su financiación con aportaciones de carácter público, sin excluir tasas por la prestación de ciertos servicios. Prevé que todos los servicios sanitarios públicos, de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, cada una de las cuales tendrá de un Servicio Regional de Salud, queden integrados en un Sistema Nacional de Salud, dentro del cual un Estatuto Marco habrá de fijar las relaciones laborales de sus recursos humanos. Se diferencian únicamente dos niveles asistenciales en el SNS, el de atención primaria (AP) y el de atención especializada (AE), aunque el protagonismo se gira hacia el de atención primaria, concibiendo el papel de los hospitales como de complementario.

La consolidación de un único nivel de AE ya se estaba abordando antes de aprobarse la LGS, lo cual fue necesario ya que había médicos especialistas del ámbito ambulatorio (de cupo) y de servicios jerarquizados hospitalarios. Los hospitales se distribuyen según áreas de salud y en 1984 se inició un proceso de integración de los especialistas de ambulatorios en los servicios jerarquizados de aquéllos y pasando a ser los ambulatorios centros de especialidades dependientes del correspondiente hospital. Todos los médicos especialistas se denominarán genéricamente de facultativos especialistas de área. Por entonces, la red hospitalaria de la seguridad social ya cubría la asistencia hospitalaria más intensiva y cualificada, quedando los restantes hospitales a expensas de un uso complementario concertado. Dicha red se reforzó incorporando en ella como dotación propia a los principales hospitales públicos, de forma destacada en 1985 los hospitales clínicos universitarios, que antes, bajo titularidad del Ministerio de Educación, ya estaban financiados y administrados por la seguridad social mediante convenios especiales. A este proceso uniformador dentro del SNS, le sigue otro de cambio de dependencia de los recursos cuando se transfiere la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas, para ser gestionada en el seno de sus respectivos Servicios Regionales de Salud. Pero esta operación no se lleva a cabo de forma simultánea en todo el Estado y a inicios del año 2000 sólo se ha aplicado en siete Comunidades Autónomas (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Galicia, Valencia, Navarra y Canarias) mientras que en las 10 restantes, que suman el 39 % de la población, mantiene sus funciones el INSALUD, para lo cual por R.D. 571/1990, de 27 de abril, adaptó su organización periférica. Otro hecho que va a diferenciar a unos de otros hospitales públicos es la adquisición de la condición de docentes universitarios por parte de muchos de ellos, según conciertos establecidos con las universidades previstos en la Ley de Reforma Universitaria 11/83 y el art. 105 de la LGS, y desarrollados en Reales Decretos 644/88 y 1625/95.

Aparte de este encuadre general de los hospitales públicos, otras normas implantadas hacia 1985 afectan a su funcionamiento interno. Se esboza una infraestructura de información homogénea en todos ellos y un modelo de dirección por objetivos asistenciales (cuantitativos y cualitativos) y económicos. Más impacto profesional producirá el replanteamiento del desempeño de los puestos de responsabilidad. Las Jefaturas de Sección y de Servicio Asistenciales en el futuro se adjudicarán por periodos cuatrienales, debiendo sujetarse a evaluación los que las detentan, una previsión cuyo procedimiento luego no sería desarrollado. Se potenciaron los cargos directivos, creándose los de Gerencia y las Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión y Servicios Generales. Se revisó substancialmente la reglamentación hospitalaria de 1972. En la O.M. de 1 de marzo de 1985 se aprobó un Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social y en el R.D. 521/1987, de 15 de abril el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, modificado por Reales Decretos 571/1990, de 27 de abril y 118/1991, de 25 de enero y que modifica contenidos del anterior. Todo ello colocó la vida interna de los hospitales en unas coordenadas en la práctica vigentes hasta el presente y cuya significación más adelante se comentará.

LAS PROPUESTAS DE GESTIÓN EMPRESARIAL EN LA PROVISIÓN DE ASISTENCIA.

La Administración Pública española se ha ocupado desde un principio no sólo de la financiación sino también de administrar directamente los recursos sanitarios de titularidad propia, con los cuales resuelve el mayor volumen de asistencia comprometida. La LGS y la legislación hospitalaria de 1984-87 consolidan este comportamiento. Pero al poco de aprobarse aquella Ley, es cuestionado por múltiples

analistas del sistema (García de Arboleya¹, López i Casanovas², Barea y Gómez Ciria³, Costas Lombardía⁴, Ortún² Bengoa y cols.⁵, García Hernández⁶, ectra.). Consideran la acción de los organismos públicos, poco flexible y esencialmente burocrática, poco apta para gestionar asistencia médica. Quieren imponer mayor eficiencia en los servicios, promover la capacidad de elección los ciudadanos y limitar el crecimiento de los costes. Plantean sacar a los usuarios de su papel pasivo, al proveerles de información y, así, dotarles de autonomía personal, para dejar de ser meros administrados y pasar a tener trato de clientes. La misma LGS ya amparaba su derecho a la información y algunos Servicios Regionales de Salud y el INSALUD habrían de regular el derecho a la elección incluso de especialista. Pero estiman algunos expertos que esa opción será efectiva solo si se diversifica la oferta asistencial, lo cual requiere flexibilizar el sector para dar entrada a nuevos agentes y formas asistenciales. Para flexibilizarle, se requiere la desregulación del sistema y la reforma de su política de recursos humanos para descargarla de los comportamientos típicamente funcionariales adquiridos. En cuanto al crecimiento incesante del gasto, debido a factores de sobra conocidos, preocupa su repercusión en la mayor presión fiscal, en el endeudamiento público y, según algunos teóricos de la política económica, el perjuicio, a través del fenómeno de la globalización económica, sobre el desarrollo y la competitividad en el marco internacional. Bajo tales argumentos se pone en entredicho la expansión del "Estado de bienestar" y de la sanidad pública, que constituye uno de sus puntales. Para evitar esta quiebra, propugnan esos tratadistas la introducción de las fuerzas del mercado, confiando en que operen éstas como asignadores eficientes de recursos y colaboren en contener costes. Estas orientaciones inspiraron las reformas en el sector sanitario de múltiples países, tendentes a liberarle de los típicos procedimientos administrativistas de las instituciones públicas e impregnarle de un sentido más empresarial, pagando a los centros asistenciales en función de sus resultados y a los profesionales según su rendimiento. Las opciones son diversas, y ni siquiera en el seno de la Unión Europea existen criterios comunes. En algunos países se implicó a los médicos de atención primaria como contratantes de los servicios especializados. Uno de las más controvertidos y radicales reformas fue la del National Health Service del Reino Unido bajo el Gobierno Thatcher (1991).

En España, la Comisión creada en 1990 para analizar la situación del Sistema Nacional de Salud, emite en junio de 1991 el "Informe Abril Martorell"⁷ cuyas propuestas guardan distancias con el muy estructurado y público sistema de la LGS. Aunque reconoce, entre otras cosas, la calidad de la medicina hospitalaria y la de la formación de especialistas médicos por el sistema de Médicos Internos y Residentes, tras un análisis crítico, aconseja que la financiación, aún siendo pública y a través de los impuestos, sea percibida con conciencia del coste por parte del personal sanitario y del usuario, y el introducir en los centros asistenciales una gestión de estilo empresarial autónoma, descentralizada, flexible, transparente y competitiva. Aquéllos habrían de funcionar como sociedades públicas sometidas al derecho privado, con exigencia de responsabilidad personal a los gestores y motivación y participación en la gestión del personal sanitario. La idea de separar la función de regulación y financiación, a cargo de los departamentos gubernamentales, de la producción de servicios en entidades con modos de empresa privada, llegando a un mercado competitivo, estará presente en la múltiples aportaciones posteriores, según las cuales la autoridad que financia se habría de limitar a comprar servicios a las entidades que los prestan. Algunos propugnan (Bengoa y cols.⁵) el que agencias de contratación o bien organizaciones de atención primaria, solas o en combinación, medien en esa transacción. Los hospitales de agudos tendrían que orientar su actividad hacia el producto y no hacia el proceso, como venía ocurriendo, y, con una atención primaria muy eficiente, concentrarse en su cometido de proveedores de un rápido "turnover" de atención, consulta y diagnóstico y de unas concretas tecnologías y procedimientos.

No todos los autores comparten iguales teorías. Incluso sus defensores más moderados (Barea³) recelan del comportamiento de un mercado de este tipo y preferirían ver antes el resultados de ensayos poco arriesgados. Hay quien avisa (Soriano¹) sobre la dificultad de separar lo público y lo privado sin que lo público se lesione con maneras de hacer como si de lo particular se tratase. Otros estiman tales ideas como meros conductos de una privatización no deseable (Saltman², V. Navarro², Sánchez Bayle^{4,8}), y preferirían un pleno cumplimiento de los contenidos pendientes de la LGS, tales como transferir la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas que aún no la gestionan, integrar los dos niveles asistenciales que aún actúan como compartimentos estancos y desarrollar la carrera médica profesional. El sistema sanitario español ofrece los medios de la medicina moderna prácticamente por igual a todos los ciudadanos, sin coste inmediato para ellos y con un gasto sanitario total que crece menos que en otros países. Mientras que en los Estados Unidos, con un tercio de la población carente de asistencia y seguro médico, supone el 12 % del PIB, en España en 1995 era el 6,9 % del PIB y en 1999 el 9 %, lo que mueve a preguntarse si están justificadas las propuestas más radicales cambio y a preocuparse por sus consecuencias, entre las que pueden estar el que un mercado sanitario se limite a cubrir la demanda, sin suficiente respuesta ante problemas infrecuentes o inesperados, el sacrificar externalizaciones positivas (como prevención de enfermedades transmisibles), el incurrir en selección de riesgos, el asumir sólo la asistencia sanitaria "barata", o fijar copagos que penalicen a las personas más enfermas o más pobres.

Una tímida aproximación a la disociación de la función financiadora y de la proveedora de servicios se inicia en los hospitales gestionados por el INSALUD cuando, en 1991, se introdujo el llamado "contrato programa", luego "contrato de gestión", en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace de financiador, el INSALUD de comprador de los servicios requeridos y el Gerente del hospital de proveedor de esos servicios, por lo que percibe una porción del presupuesto a cambio de asumir objetivos particulares, y anualmente estas dos últimas partes suscriben un documento de compromiso. En 1996 se crea una Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, que en su dictamen del 18 de diciembre de 1997, recomienda extender nuevas fórmulas de gestión en la red asistencial pública. Mientras se había aprobado el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, para flexibilizarla, con lo que podrían gestionar los hospitales públicos entidades públicas o privadas admitidas en derecho. Con esta base se abren los nuevos hospitales de Manacor y Alcorcón como las fundaciones legalizadas según la Ley 30/1994, de 24 de noviembre. Luego se aprueba la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS, según la cual los hospitales y servicios sanitarios públicos pueden ser gestionados por entidades de "naturaleza o titularidad pública admitidos en derecho" y que hace innecesario el Real Decreto 10/96. Otorga al INSALUD y a las Comunidades Autónomas el poder reglamentar nuevas formas de gestión de centros nuevos o de los ya existentes, y presta cobertura legal a los ensayos de Comunidades con plenas atribuciones sanitarias, y que junto con las del INSALUD abarcan a más de 70 entidades sanitarias públicas.

El INSALUD había encargado un Plan Estratégico que en 1998 induce múltiples formas de imprimir autonomía a la gestión, entre otras dotar a los centros asistenciales de personalidad jurídica independiente. Por entonces, la Presidencia Ejecutiva del organismo idea las Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS), como vía de transformación en ese sentido de los centros asistenciales, y que hace aprobar en el artículo 111, de la Ley 50/1998, de 31 de diciembre, de Acompañamiento de los Presupuestos del Estado de 1999. Luego y pesando en el proceso desacuerdos sindicales al quedar pendiente de acuerdo el Estatuto Marco de personal y la definición de la carrera médica profesional, se redacta el reglamento de las nuevas formas de gestión, que el Congreso había pedido para antes de septiembre de 1997, y que se aprueba por R.D. 29/2000, en el que los hospitales adquieren autonomía para contratar personal y gestionar su presupuesto. El INSALUD simplemente adjudica presupuesto y controla su gestión final. Las formas jurídicas aplicables en los hospitales podrán ser: a) Fundación, regida por un Patronato y formada por personal laboral y cuyo modelo seguirán todos los nuevos hospitales del INSALUD, b) Sociedad estatal, cuyo órgano de gobierno es el Consejo de Administración, de forma similar a las empresas públicas, c) Consorcio, cuando también participan Ayuntamientos, Comunidades o Entidades sin ánimo de lucro, bajo control de un Consejo de Gobierno, y con personal en régimen laboral, y d) FPS, regida por el Consejo de Gobierno, cuyos miembros nombra el Presidente del INSALUD, así como al gerente, a diferencia de las formas anteriores en que es elegido por los órganos de gobierno. Mantiene el estatus de la plantilla actual, pero permite la contratación futura de personal laboral. Es en lo que se podrán convertir los 82 hospitales existentes, justamente cuando se impone la transferencia de la gestión del INSALUD a las Comunidades Autónomas y con una consistente oferta pública de empleo en esos centros pendiente de resolver. También en el ámbito de la atención primaria son contempladas las nuevas formas de gestión, incluyendo a todos los centros de salud de un mismo Área Sanitaria, o bien en una única entidad a los de dos o más Áreas o incluso en el mismo Área, a toda la atención primaria y especializada.

LA AUTONOMÍA MÉDICA ANTE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

Con la expansión de los servicios públicos de salud, los médicos se convirtieron en empleados de la Administración¹¹ con escasa cabida en una asistencia privada, que practican en España sólo el 14 %. En todo caso, con el desarrollo tecnológico, todos dependen de macroorganizaciones, como lo son los hospitales, de un enorme y distante poder. La acogida que puedan encontrar en su seno condiciona su grado de satisfacción y su producción como profesionales. Dado que depende de la dinámica interna instituida, hay que considerar ésta para entender en qué aspectos debe ser corregida si, dando la razón a analistas del sistema, no es lo suficientemente satisfactoria. La desde hace años establecida en los hospitales del SNS es reflejo del Reglamento de 1987 y la normativa relacionada, apareciendo como una muy estructurada y uniforme organización burocrática, escasamente adaptable a las peculiaridades locales y sin autonomía de gestión en las unidades clínicas. La estrecha dependencia de los hospitales respecto a la Administración central se refuerza al nombrarse los directivos como cargos de confianza designados, y ser sólo ellos, constituidos en Comisión de Dirección, los detentores de las decisiones en el ámbito interno. Por el contrario, los servicios asistenciales que emergieron como piezas básicas en el proceso de jerarquización de 1972, perdieron notoriedad. La presencia conjunta de sus responsables en algún órgano siquiera asesora desaparece al suplirse la Junta Facultativa por la Junta Técnico-Asistencial que preside por el Director Médico sólo cuenta con algunos pocos en calidad de representantes de ellos y que compite con otras estructuras paralelas como la Comisión Central de Garantía de Calidad y las varias Comisiones Técnicas, que si bien cuentan con la participación de los médicos, están en ellas con independencia de su nivel de responsabilidad y del Servicio al que

pertenecen. Se disocian las responsabilidades asistenciales y docentes en las estructuras de Coordinación de la Docencia y Tutorías de los Facultativos en formación. Anotaba Segovia de Arana¹² que desdibujado el papel de los responsables de las unidades médicas, se comprende el abandonismo al que algunos se sintieron tentados. La práctica profesional se presta a recibir una atención discrecional según los casos.

La gestión de la demanda asistencial, anterior tarea de los servicios clínicos sin mayores problemas, se centraliza en Servicios de Admisión. La demora en la atención en forma de listas de espera empieza a representar un problema primordial y las urgencias hospitalarias se sobresaturan, al acudir a ellas los usuarios para soslayar las demoras asistenciales y percibir la asistencia en ese punto como de mayor confianza. El empeño en constreñir la dotación de camas satura la hospitalización, apareciendo "camas cruzadas". De todo lo cual han sido víctimas antes que artífices los servicios hospitalarios y tiene poco que ver con la capacidad resolutoria de sus médicos. Así se comprende avanzado el año 2000, sean los mismos responsables de servicios clínicos altamente cualificados los que manifiesten públicamente el riesgo clínico de la demora asistencial como asunto que indiscutiblemente afecta al plano político y administrativo.

Bengoa y cols.⁵ describen el modelo como politizado y dirigista, con una exagerada proliferación de niveles jerárquicos y basado en dinámicas de poder, en el que la mayor parte de los puestos de gestión se estructuraron con una mera vocación de control sobre los profesionales. Desde otra sensibilidad, Sánchez Bayle le percibe como autoritario. No se trata de opiniones aisladas, como lo demuestra la frecuente confrontación de los médicos y Administración, en la que subyace la petición de un mayor reconocimiento profesional, mejores condiciones de trabajo y expectativas de promoción. Además coincide con una larga etapa de acumulación de las situaciones de interinidad aún no resueltas, cabe sospechar que para satisfacción de los que quieren flexibilizar con la palanca de la desregulación de recursos humanos, y en que la promoción profesional se hacía más necesaria cuando por razones generacionales el relevo en las jefaturas no se vislumbra con una prometedora celeridad, como también apunta Segovia de Arana. El reconocimiento del mérito de esa forma no era fácil de substanciar, lo que unido a la carencia de esquema donde situar una clara capacidad gestora de los médicos asistenciales, conllevó la valoración del paradigma del poder administrativo como más atrayente que la práctica profesional y una pérdida del liderazgo clínico. En resumen, fortalecida la gestión sin involucrar a los profesionales, se crea más tensión entre las culturas clínica y gerencial (R. Bengoa y cols). Los profesionales sí estaban de acuerdo con la necesidad de cambio en la gestión, pero no han visto identificados sus planteamientos en la modalidad que ha sido aprobada. Pero incluso la Administración misma admite que el lograr mayores cotas de eficiencia y calidad pasa inevitablemente por crear mecanismos que estimulen y motiven a los profesionales.

Comentados los efectos de este modelo administrativista, hay que decir que el estilo de gestión empresarial tampoco garantiza una mayor satisfacción en el plano directamente asistencial. Sus potenciales efectos sobre los usuarios ya se han anotado. Constata V. Ortún una pérdida de autonomía profesional y de libertad clínica con las técnicas de gestión instaladas en Estados Unidos. Además no se puede perder de vista los efectos del mercado libre en la contratación de los médicos cuando, según el estudio de la CESM¹³ la proporción en España es de 3,5/1000 habitantes, uno de los índices más altos de la Unión Europea, con un desempleo que alcanza en 1995 a más de 24.000 licenciados, el 22 % del total, y 2000 de ellos especialistas. La desregulación de la condición estatutaria con una retribución enfocada únicamente hacia el rendimiento puede tener efectos preocupantes, inclusive para el usuario si no se explicita la cualificación en el desempeño del puesto profesional.

EL GIRO HACIA LA GESTIÓN CLÍNICA COMO FORMA DE ARMONIZAR PLANOS DE ACTUACIÓN.

Como aspecto muy positivo hay que anotar los avances tecnológicos con que se ha armado la gestión, aunque han tenido un génesis y desarrollo ajenos a la práctica asistencial, lo cual no ha permitido que se tome conciencia de sus potencialidades en ese plano. Al comienzo de la aplicación del contrato-programa del INSALUD y otros modelos similares, se implantaron métodos para cuantificar resultados. Los primeros medían la actividad, como la Unidad Ponderada de Asistencia (UPA) desarrollada en el seno del INSALUD, pudieron hacer la producción y presupuesto de los hospitales más comparables y confeccionar un sistema de tarifas. Pero las UPAs, UBAs y unidades similares resultaron escasamente discriminatorias. Ya al principio de los años 90 se acuerda la confección y tratamiento mecanizado del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) extraídos a partir del informe de alta y la historia clínica de los pacientes ingresados, a partir de lo cual se entra en la construcción del mix hospitalario, adoptando en el seno del INSALUD el de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRDs). Como paso siguiente se valora con cierta precisión el peso de la producción asistencial, se puede discriminar ésta según unidades clínicas y otras variables y efectuar validaciones y comparaciones. A partir de ahí se puede calcular el coste por proceso que, junto a la introducción de la contabilidad analítica y con la ayuda del

despliegue de la tecnología de la información, supone un vuelco pasándose del mero almacenamiento de datos hacia su transformación en información, o sea, hacia el conocimiento preciso y útil.

Estos avances han puesto en manos de los gestores poderosísimas herramientas. Está pendiente ponerlas al alcance de las unidades y servicios asistenciales, para que sirvan para la evaluación y control interno de sus resultados, como guía en la toma más acertada de decisiones (efectividad) y en la responsabilización financiera a nivel microeconómico (eficiencia)¹⁴. Entonces nos estamos situando en el campo cada vez más preconizado de la gestión clínica¹⁵ que, sin suplir a la gestión directiva, incorpora a los profesionales en decisiones con efectos económicos, ofreciendo incentivos que ellos mismos controlan. Anotamos algunos aspectos relevantes que involucran directamente la mejor gestión de la actividad clínica:

a) Un recurso que tiene una base instrumental en la tecnología de información y de la comunicación, es el de la medicina basada en la evidencia (MBE). A partir de ahí toda evaluación puede alcanzar altas cotas de rigor.

b) La evaluación tecnológica, al ocuparse de contenidos puntuales, puede ofrecer informes y protocolos y guías clínicas que pueden prestar a la toma de las decisiones clínicas la tan necesaria seguridad cuando en el presente se contraponen variabilidad clínica y mayor exigencia en los procedimientos.

c) La acreditación y la medición y mejora calidad asistencial han de adquirir cualificación con métodos y análisis aligerados de su agobiante lastre conceptual y escamoteando su secuestro entre las rutinas burocráticas. Pueden tirar entonces por el camino de en medio de los procesos intraprofesionales y autorregulatorios de auditoría de la calidad clínica, empleando procesos aún aquí inéditos como los de revisión a pares (peer review).

d) Se han de ordenar los sistemas de información para que sirvan a los clínicos y no solo a los directivos, que los aprovecharán para instaurar criterios de eficacia, efectividad y aquilatar el coste de sus actuaciones y valorar el grado de adecuación de los recursos y procesos.

Entonces nos estamos situando en el campo de la ya tan preconizada gestión clínica, que no supe a la directiva, y que incorpora a los profesionales en decisiones con efectos económicos, ofreciendo incentivos que ellos controlan. Se debe de ir hacia a un entendimiento entre la cultura clínica y la de gestión, en que no se trata de gestionar sobre, sino con la participación activa de los profesionales. Esa cultura requiere la exigencia de formación de los directivos y la revisión de los conocimientos de los clínicos por medio de la formación continuada y la de los contenidos de los planes de estudio, acordes con esa nueva forma de hacer (Segovia de Arana et al)¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Manuel Keenoy, E. Y Pérez Lázaro, J.J. (Dir): Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos. EASP, 1995.
2. Caines, E.; Costas, E.; Freire, J.M., et al: Reformas sanitarias y equidad. Argentaria-Visor. 1996.
3. Barea Tejero, J. y Gómez Ciria, A.: El problema de la eficiencia en el sector público en España. Especial consideración de la sanidad. Publicación del Instituto de Estudios Económicos. Madrid, 1994.
4. Ortega, F., y Lamata, F. (Eds): La década de la reforma sanitaria. Ex Libris Salud Pública. Madrid, 1998.
5. Bengoa, R (Dir) y ESADE: Sanidad, la reforma posible. Merck Sharp & Dohme. Navarra, 1997.
6. García Hernández, J.M.: La encrucijada sanitaria. Celeste Eds. 1993.
7. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. 1991.
8. Sánchez Bayle, M.: Hacia el estado de malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Los Libros de la Catarata, 1998.

9. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud
10. Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que aprueba el reglamento de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud (B.O.E. 25-I-2000).
11. Laín Entralgo P: La medicina actual. Seminarios y Ediciones SA. Madrid, 1973.
12. Segovia de Arana, J.M.: La nueva gestión clínica. Mapfre Medicina, 1993; 4(2): 79-83.
13. Fundación CESM: El número de médicos en España en el próximo siglo y sus repercusiones laborales. Madrid, 1999.
14. Soto, J: Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. Med Clín (Barc), 1999; 665-7.
15. Del Llano, Ortún, Martín Moreno, Millán y Gené (Dir): Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1998.
16. Segovia de Arana, J.M.; Pera Blanco-Morales, C.; Goiriena de Gandarias, J.J., y Cabasés Hita, J.M.: La formación de los profesionales de la salud. Fundación BBV. Bilbao, 1999.